

FACTEURS DE MORTALITE NEONATALE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE DU CHU ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR

Neonatal Mortality Factors at the Paediatric Surgeon Service in Aristide Le Dantec University Hospital in Dakar

Ndour O, Faye Fall A, Alumeti D, Gueye K, Amadou I, Fall M, Ngom G, Ndoye M

Oumar Ndour Assistant Département de chirurgie pédiatrique ; **Aimee Faye Fall** Ancien interne Département de chirurgie pédiatrique ; **Alumeti Munyali Désiré** Médecin Département de chirurgie pédiatrique ; **Khadim Gueye** Médecin Département de chirurgie pédiatrique ; **Issa Amadou** Médecin Département de chirurgie pédiatrique ; **Mbaye Fall** Interne Département de chirurgie pédiatrique ; **Gabriel Ngom**, Maître assistant Département de chirurgie pédiatrique ; **Mamadou Ndoye** Professeur Département de chirurgie pédiatrique, Hôpital Aristide Le Dantec Dakar Sénégal

Correspondance : Oumar Ndour Téléphone : 00221 77 51104 78 E-mail : roundrouma@yahoo.fr

RESUMÉ

Buts : Déterminer les facteurs de mortalité néonatale dans le service de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital Aristide Le Dantec.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de 245 cas colligés de janvier 1997 à Décembre 2006 dans les services de Chirurgie Pédiatrique, des Urgences Chirurgicales et de réanimation de l'hôpital Aristide le Dantec. Nous avons étudié l'âge, le sexe, l'origine géographique, le délai de consultation, le poids de naissance, les moyens d'évacuation vers la structure de référence, les motifs de consultation, le diagnostic clinique, les malformations associées, les méthodes thérapeutiques, le délai opératoire, les suites opératoires et les causes de décès.

Résultats : Le taux de mortalité néonatale en chirurgie pédiatrique était de 36,7%. L'âge moyen de nos patients était de 08 jours. Une prédominance masculine a été notée avec un sex-ratio de 1,57 :1. Le délai d'admission moyen était de 08 jours. Soixante cinq pour cent (65%) provenaient de la banlieue. Trente huit pour cent (38%) des patients ont été référés par ambulance à partir d'une structure sanitaire. Cinquante trois pour cent (53%) avaient un poids de naissance inférieur à 2500 gr. Le syndrome occlusif était le motif de consultation le plus fréquent (38,5%). La pathologie la plus fréquemment rencontrée était les malformations ano-rectales (34%). Des malformations associées ont été retrouvées dans 12% des cas. La majeure partie des patients (52%) est décédée avant l'intervention chirurgicale après un délai moyen de 05 jours. Les causes les plus fréquentes de décès sont les malformations digestives (66%).

Conclusion : Les nouveau-nés de sexe masculin, âgés de moins de 08 jours constituent la tranche d'âge la plus vulnérable. L'absence d'évacuation médicalisée, le faible poids de naissance, le délai dans la prise en charge et les pathologies digestives constituent les autres facteurs de mauvais pronostic. Une collaboration multidisciplinaire, l'amélioration du plateau technique, et des moyens thérapeutiques disponibles en urgence et la création d'une unité de réanimation pédiatrique permettraient certainement de baisser ce taux de mortalité.

Mots clés : Mortalité – nouveau-nés – pathologies digestives.

SUMMARY

Objectives : To determine neonatal mortality factors at the paediatric surgeon service in Aristide Le Dantec University Hospital in Dakar.

Patients and Methods : It is a retrospective study of 245 cases collected between January 1997 and December 2006 at the paediatric surgeon service, the surgery emergency and intensive care unit of Aristide Le Dantec University Hospital. We studied the age, sex, geographical origins, consultation time, weight at birth, evacuation means to the reference medical structure, consultation motives, clinical diagnosis, associated malformations, treatment methods, surgery follow ups and death causes.

Results : The neonatal death rate at the paediatric surgery service was 36.7 %. Our patients' average age was eight days. A masculine predominance was observed with a 1.57 sex ratio. The average admission time was 08 days. Sixty-five per cent (65%) of our patients came from suburbs. Thirty-eight per cent were transported by an ambulance from a health centre. Fifty-three per cent (53%) weighed less than 2,500 grams at birth. The occlusive syndrome was the commonest reason for consultation (38.5 %). The most frequently observed pathology was the ano-rectal malformations. Associated malformations were observed in 12% of the cases. The majority of the patients (52%) died before the surgical operation after an average duration of 5 days. The commonest causes of death are the digestive malformations (66%).

Conclusion : Male newborn babies, aged less than 8 days are the most vulnerable age group. The lack of hospital transportation means, the weak weight at birth, the caring time and the digestive pathologies are other factors of wrong diagnosis. A multidisciplinary collaboration, the improvement of the technical capacity and of the available emergency therapeutic means and the creation of an intensive paediatric care unit would certainly contribute to lower the mortality rate.

Key words: mortality, newborn, digestive pathology

INTRODUCTION

La mortalité constitue un des phénomènes démographiques les plus importants en santé publique. Son taux, qui représente le premier indicateur de l'état de santé, est défini comme le rapport entre le nombre de décès qui surviennent en un temps et un espace donné, et l'effectif de la population où ceux-ci se produisent [1].

La mortalité néonatale est le nombre de décès survenant entre 1 et 28 jours de vie. Celle-ci se distingue en mortalité néonatale précoce, c'est-à-dire les décès survenant durant la première semaine de vie, et en mortalité néonatale tardive qui survient entre 8 et 28 jours [2, 3, 4]. Elle demeure une préoccupation majeure pour la plupart des équipes soignantes.

Au Sénégal il n'existe pas d'étude traitant de la mortalité néonatale dans un service de chirurgie pédiatrique. C'est pourquoi nous avons entrepris ce travail dont le but était de déterminer les facteurs de mortalité néonatale dans le service de chirurgie pédiatrique de l'hôpital Aristide le Dantec de Dakar.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 245 dossiers couvrant la période du 1er janvier 1997 au 31 Décembre 2006.

Les cadres de l'étude étaient le service chirurgie pédiatrique, les urgences chirurgicales et l'unité de soins intensifs de l'hôpital Aristide le Dantec de Dakar.

Tous les cas de décès concernant la tranche d'âge de 1 à 28 jours ont été inclus dans l'étude.

Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe, l'origine géographique, le délai de consultation, les moyens d'évacuation vers la structure de référence, le poids de naissance, les motifs de consultation, le diagnostic clinique, les malformations associées, les méthodes thérapeutiques, le délai opératoire, les suites opératoires et les causes de décès. Les données ont été traitées sur excel.

RESULTATS

Du 1er janvier 1997 au 31 décembre 2006, 245 nouveau-nés décédés ont été dénombrés entre le service de chirurgie pédiatrique, les urgences chirurgicales et l'unité de soins intensifs de l'hôpital Aristide le Dantec. Dans la même période 421 nouveaux nés vivants ont été admis dans ces différentes unités soit une mortalité néonatale de 36,7 %. La fréquence moyenne des décès était de 24,5 par an et de 2 par mois.

1- l'âge : L'âge de nos patients était compris entre 1 et 28 jours avec une moyenne de 8 jours. La majeure partie des patients (68%) était âgée de moins de 8 jours comme le montre la figure 1.

2- le sexe : Les nouveau-nés de sexe masculin ont été les plus concernés avec 61,2% des cas, soit un sex-ratio de 1,57 :1 (figure 2).

3- l'origine géographique : La majeure partie de nos patients (65% des cas) provenait de la banlieue de Dakar. Soixante et un patients (25% des cas) provenaient de différentes régions de l'intérieur du pays. Pour le reste des patients l'adresse n'a pas été précisée sur le dossier médical.

4- le délai d'admission : Le délai d'admission moyen était de 8 jours avec des extrêmes de 1 et 28 jours.

5- les moyens d'évacuation : Trente huit pour cent de nos patients soit 93 cas ont été évacués par ambulance à partir d'une structure sanitaire. Par contre 62% sont venus par un moyen de fortune.

6- Le poids de naissance : La majeure partie des nouveau-nés décédés (53%) avait un poids de naissance inférieur à 2500 grammes comme le montre la figure 3.

7- Les motifs de consultation : Les motifs de consultation sont dominés par les troubles digestifs comme le montre le tableau I.

8- les pathologies rencontrées : Le diagnostic des différentes pathologies a été posé soit à partir de la structure ayant référé le patient soit dans notre service. Les pathologies digestives ont été au premier plan comme le montre le tableau II.

9- les malformations associées : ont été retrouvées dans 30 cas soit 12%. Le tableau III montre les différentes malformations associées

10- le traitement : Dans 117 cas soit 47,7% un traitement chirurgical a pu être réalisé. Pour ces patients ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale le délai opératoire moyen était de 4 heures avec des extrêmes compris entre 2 heures et 7 jours. Les différentes modalités thérapeutiques sont détaillées dans le tableau IV. Des nouveau-nés (12,5%) ont bénéficié d'une réanimation pré ou post opératoire.

11- Causes et délais de décès : Les causes générales de décès sont dominées par les pathologies digestives. Elles représentent 66% des causes de décès avec au premier plan les malformations ano-rectales. Elles sont suivies par les malformations de la paroi abdominale antérieure (24,5%).

La majeure partie des patients (52,3 %) est décédée avant l'intervention chirurgicale après un délai moyen de cinq jours. Quarante huit pour cent sont décédés en postopératoire après un délai moyen de 3 jours.

DISCUSSIONS

Notre étude révèle une mortalité néonatale assez élevée (36,7 %). Les taux sont variables selon les séries: AGUEHOUNDE [5] à Abidjan: 59,89%, KOURA [6] à Cotonou : 50,6 %, DOUMBOUYA [7] à Conakry : 33 % et AGBERE

[8] au Togo : 41,6%. La fragilité de cette tranche d'âge, l'insuffisance du plateau technique et l'absence d'une unité de réanimation pédiatrique en sont l'explication.

L'âge du nouveau né est un facteur pronostique important. Dans notre étude nous avons trouvé une mortalité néonatale précoce de 68%. Cette mortalité néonatale précoce élevée a été retrouvée dans d'autres séries [5, 9, 10, 11, 12, 13]. Les auteurs sont unanimes et s'accordent sur la vulnérabilité de cette tranche d'âge [10, 12, 14, 15].

Les enfants de sexe masculin sont les plus affectés avec un pourcentage de 61%, soit un sex-ratio de 1,57:1. Les auteurs comme CANTAGREL [16], KOURA [6] s'accordent sur ces résultats sans trouver un véritable lien entre le sexe et le décès.

Le poids de naissance constitue également un important facteur pronostique. Dans notre étude nous avons trouvé que 53% des nouveaux nés décédés avaient un faible poids de naissance. De nombreux auteurs comme Cisse [10], BOBOSSI [17], KOURA [6], ALIHONOU [18] et MFOULOU [14] ont fait le même constat et s'accordent sur le fait qu'un faible poids de naissance est un facteur de mauvais pronostic.

La grande majorité des patients (59,7 %) a consulté tardivement au centre de référence ; ce qui a été fatale pour bon nombre d'entre eux. Dans notre étude la majeure partie de nos patients provenait de la banlieue ou de l'intérieur du pays nécessitant ainsi des moyens d'évacuation appropriés vers la structure de référence. Cependant nous avons constaté dans notre série que 60 % des patients ayant consulté tardivement ont été évacués sans transport médicalisé. Ce retard à la consultation s'explique par plusieurs facteurs :

- le niveau d'instruction bas des parents : en effet, l'UNICEF [1], faisant le point sur la situation des enfants dans le monde en 2004, démontre que la compréhension des problèmes de santé notamment le recours précoce aux soins, évolue de façon croissante avec l'élévation du niveau d'instruction de la mère ;
- les populations ont tendance à consulter, en premier lieu, les tradipraticiens et n'ont recours aux centres de santé qu'en cas d'échec ;
- enfin les enfants séjournent longtemps dans les centres et les hôpitaux secondaires.

La quasi totalité des nouveau-nés ont été reçus dans le cadre des urgences avec au premier plan des motifs de consultation les syndromes occlusifs qui représentaient à eux seuls 38,5% des cas suivis des défauts ombilicaux rompus avec 20,5% des cas. Keita et coll [19] ont trouvé 25,68% d'occlusion néonatale. Ces urgences abdominales nécessitent une prise en charge précoce et adaptée qui dépendent d'une

admission dès la naissance dans la structure de référence ce qui n'est pas toujours le cas comme nous l'avons montré plus haut.

Les pathologies du tube digestif sont les plus grandes pourvoyeuses de décès. Dans notre étude elles représentaient 66% des cas de décès. Dans ce groupe les malformations ano-rectales arrivent en tête, suivies des atrésies de l'oesophage. L'analyse des motifs de consultation et des diagnostics posés après exploration a montré que 75% des malformations ano-rectales étaient admises dans un tableau d'occlusion intestinale. Keita et coll [19] ont trouvé que 66,67% des malformations ano-rectales étaient en occlusion. Ceci est lié à l'absence d'une fistule mais témoigne aussi d'un retard à la consultation. Les malformations associées, le type anatomique et également le délai opératoire sont des facteurs qui interviennent dans la mortalité pour cette affection [20]. Les atrésies de l'oesophage constituent également une cause fréquente de décès néonatal en chirurgie pédiatrique. Dans notre étude elles représentaient 15% des cas. C'est une affection qui nécessite une bonne réanimation pré et post opératoire, ce qui n'est pas toujours le cas. Les malformations de la paroi abdominale antérieure avec les omphalocèles au premier rang, sont responsables de 24,5% des décès et se hissent au deuxième rang des causes de décès après les affections du tube digestif. Parmi ces omphalocèles 90% étaient rompus à l'admission. Keita et coll [19] ont trouvé par contre 30,4% de rupture. Ces omphalocèles rompus sont de mauvais pronostic du fait de l'exposition à l'infection et à l'hypothermie. Par ailleurs elles sont souvent associées à d'autres malformations qui grèvent d'avantage le pronostic. Des malformations associées étaient retrouvées dans 12% des cas. Cependant ce chiffre est à relativiser. En effet par insuffisance ou indisponibilité du plateau technique certaines malformations infra-cliniques non documentées peuvent passer inaperçues et constitueraient un facteur de mauvais pronostic [21].

La prise en charge de ces nouveau-nés présentant des pathologies chirurgicales doit être multidisciplinaire. En effet en néonatalogie l'urgence ne se pose pas en chirurgie mais en réanimation. Il faut donc une bonne réanimation pré opératoire. Dans notre étude nous avons trouvé que 12,5% seulement des patients ont pu bénéficier d'une réanimation alors que tous les nouveau-nés doivent être préparés à l'intervention chirurgicale. Il faut donc une étroite collaboration entre le chirurgien pédiatre et le réanimateur pédiatre. Moins de la moitié (47,7 %) de nos patients ont pu bénéficier d'un traitement chirurgical. L'analyse des gestes chirurgicaux réalisés

montre qu'ils relevaient essentiellement du cadre de l'urgence.

Soixante huit pour cent des patients sont décédés au cours des sept premiers jours d'hospitalisation. Ces résultats témoignent d'une part de la sévérité des tableaux cliniques à l'admission et d'autre part, de l'insuffisance de moyens de prise en charge qui ne permettent pas de juguler l'urgence .DOUMBOUYA [7] et KOURA [6] font les mêmes observations. Faute d'une unité de réanimation pédiatrique, bon nombre de malades décèdent sans qu'un traitement conséquent ne soit entrepris.

CONCLUSION

La mortalité néonatale dans le service de chirurgie pédiatrique du Sénégal est élevée. Les nouveau-nés de sexe masculin, âgés de moins de huit jours constituent la tranche d'âge la plus vulnérable. L'absence d'évacuation médicalisée, le délai dans la prise en charge, le faible poids de naissance, les pathologies digestives, constituent les autres facteurs de mauvais pronostic. Une collaboration multidisciplinaire, l'amélioration du plateau technique, et des moyens thérapeutiques disponibles en urgence et la création d'une unité de réanimation pédiatrique permettraient certainement de baisser ce taux de mortalité.

REFERENCES

1- UNICEF. La situation des enfants dans le monde en 2004. UNICEF 2003 ; pp 137-147.
 2- **AGBERE ARD, BAETA S, BALAKA B, AGBODJAN-DJOSSOU O, GOUNA AM, BAKONDE B et al.** Mortalité néonatale au CHU Tonkoin de Lomé (Togo) en 1981-82 et 1991-92. Arch Pediatr 1997; 4: 1021 - 1022.
 3- **BLONDEL B, EB M, MATET N, BREART G, JOUGLA E.** La mortalité néonatale en France: bilan et apport du certificat de décès néonatal. Arch Pediatr 2005; 12: 1448-1455.
 4- **BLONDEL B, BREART G.** Mortinatalité et mortalité néonatale. EMC. Pédiatr 1999 ; 4-002-F-50.
 5- **AGHEOUNDE C, DICK R, BROU H, KOUAME B, MOH N, DIETH AG et al.** Bilan de 2 années et demie d'activité du service de chirurgie pédiatrique en collaboration avec le service de réanimation pédiatrique au CHU de Yopougon. Méd Afr Noire 1995; 42(6) : 344-349.
 6- **KOURA A, HOUNNOU GM, VOYEME AKA, GOUDOTE E.** Mortalité à la clinique universitaire de chirurgie pédiatrique du CNHU de Cotonou du 1er juillet 1989 au 31 décembre 1993. Méd d'Afr Noire ; 1995 ; 460 - 465 400.
 7- **DOUMBOUYA N, KEITA M, MAGASSOUBA D, BARRY O, DIALLO AF, AGBO-ANZO D et al.** La mortalité dans le service de chirurgie pédiatrique au CHU DONKA. Méd d'Afr Noire, 1999; 46 : 589-592.
 8- **AGBERE AD, BALAKA B, BAETA S, ROUTI Y, AFAKOUMA DY, KESSIE K et al.** Mortalité néonatale dans le service de pédiatrie du centre hospitalier régional de Sokode (Togo) en 1984-85 et 1994-95. Med Afr Noire 1998; 45(5): 332-334.
 9- **BALAKA B, AGBERE A.D, KPEMISSI E, BAETA S, KESSIE K, ASSIMADI K.** Evolution de la mortalité néonatale précoce en dix ans (1981-82 et 1991-92) au CHU de Lomé : Quelle politique de santé néonatale pour demain. Med Afr Noire 1998; 45(7): 430-434.
 10- **CISSE CT, MARTIN SL, NGOMA SJ, MENDES V, DIADHIOU F.** Mortalité néonatale précoce à la maternité du CHU de Dakar : situation et tendance évolutive entre 1987 et 1994. Méd Afr Noire 1996 ; 43 : 254-258.

11- **DESINOR O.Y, FERRUS A, DEVERSON A, BREA P, DESMANGLES B.** Enquête sur la mortalité infantile à Mire balais, Haïti. CERF/ santé 2000 ; 10(6) : pp 407-412.
 12- **INGRANGAU JP, MOKKADEM M, KERMANI S, ASSARI R.** Estimation de la mortalité infantile et juvénile en Algérie. INSERM 1986 ; 145 : pp 221-230.
 13- **MUTOMBO T.** Difficultés d'améliorer le taux de mortalité néonatale en milieu rural. Med Afr Noire 1997; 44(12): 658-660.
 14- **MFOULOU R.** Les causes de mortalité infantile à Brazzaville. INSERM 1986 ; 145: pp 377-380.
 15- **TIETCHE F, KAGO I, NJIMOKÉ A, MBONDA E, KOKI NDOMBO P, TETAMYE E.** Mortalité hospitalière des nouveau-nés eutrophiques à terme à Yaoundé (Cameroun): Aspects étiologiques. Med Afr Noire 1998; 45(3): 194- 195.
 16- **CANTAGREL S, DUCROQ S, CHEDEVILLE G, MARCHAND S.** La mortalité dans un hôpital pédiatrique : étude rétrospective sur six ans. Arch Pédiatr 2000; 7 : 725-731.
 17- **BOBOSSI SG, MBONGO-ZINDAMOYEN AN, KALAMBAY K, DIEMER H, SIOPATHIS RM.** Facteurs de mortalité des nouveau-nés de petits poids de naissance en milieu semi rural centrafricain. Med Afr Noire 1999; 46(11): 446-450.
 18- **ALIHONOU E, DAN V, AYIVI B, SONSOU EC, GANDAHO T, KOUMAKPAI S.** Mortalité néonatale au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou : incidence, causes et moyens de lutte. Med Afr Noire 1991; 38(1): 745-751.
 19- **KEITA M, DIALLO MSA, KEITA AK, DIALLO AF, BALDE I.** Les urgences chirurgicales néonatales dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Donka. Mali Médical 2006, 4: 16-20.
 20- **NGOM G, FALL I, SANOU A, SAGNA A, NDOYE M.** Prise en charge des malformations ano-rectales a Dakar: A propos de 84 cas. Memoires Academies Nationales Chirurgie 2002; 1(4): 47-49.
 21- **NGOM G, FALL I, SANKALE AA, KONATE I, DIENG M, SANOU A et al.** Evaluation de la prise en charge de l'omphalocèle à Dakar. Dakar médical 2004; 49(3): 203-206.

Tableau I : répartition des motifs de consultation.

Motifs de consultation	de	Nombre	(%)
Syndrome occlusif		95	38,5
Malformation ombilicale		55	22,5
Tuméfaction inguinale		02	01
douloureuse			
Absence d'anus		45	18,5
Absence d'émission de méconium		05	02
Rectorragies			
Nécrose membre inférieur		08	03
Douleurs abdominales		02	01
Détresse respiratoire		01	
Constipation		19	0,5
Vomissement		03	1,5
Total		245	100

Tableau II : Répartition des différentes pathologies.

	Pathologies	Nombre	(%)	
Pathologies digestives	Atrésie de l'œsophage	38	15	
	Perforation gastrique	1	0,5	
	Sténose hypertro-phi que du pylore	2	1	
	Entérocolite ulcéronécrosante	14	5	
	Sténose duodénale	3	1,5	
Malformations diverses	Maladie de Hirschsprüng	5	2	
	Atrésie du grêle	15	6	
	Malformations ano-rectales	85	34	
	Invagination intestinale aigue	2	1	
	Traumatologie Autres	Omphalocèle rompu	50	20
		Omphalocèle non rompu	5	2
		Laparoschisis	2	1
		Syndrome de Prune Belly	3	1,5
	Autres	Exstrophie vésicale	2	1
		Atrésie des voies biliaires	1	0,5
Tératome sacrococcygien		1	0,5	
Hernie diaphragmatique		1	0,5	
Cephalocele		1	0,5	
Malformation pulmonaire		2	1	
Valve de l'urètre postérieur		5	2	
Fracture de fémur		1	0,5	
Tumeur médiastinale		1	0,5	
Hématome surinfecté		2	1	
Thrombose artérielle membre inférieur		1	0,5	
Hernie étranglée		245	100	
Total			245	100

Tableau III : Répartition des malformations associées.

Malformations associées	Nombre	(%)
Omphalocèle + polydactylie	08	26,5
Laparoschisis + luxation congénitale de hanche	03	10
Malformation ano-rectale(MAR) + pied bot varus équin	05	16,5
Atrésie du grêle + microcéphalie	02	6,5
Hirschsprüng + hypospadias	01	3,5
Hirschsprüng + polykystose rénale	01	3,5
Atrésie du grêle + kyste du cholédoque	01	3,5
Hirschsprüng + communication auriculo-ventriculaire	01	3,5
MAR + agénésie auriculaire bilatérale	01	3,5
Omphalocèle + macroglossie	07	23
Total	30	100

Tableau IV : Répartition des gestes chirurgicaux.

Gestes	Nombre	(%)
Débridement	2	1,7
Résection + stomie	12	10,2
Résection + anastomose	14	12
Colostomie	38	32,5
Cure d'omphalocèle selon Grob	23	19,7
Cure omphalocèle selon Gross	2	1,7
Rétablissement de la continuité oesophagienne+fermeture de fistule	16	13,7
Gastrostomie d'alimentation	1	0,8
Abaissement anal	6	5,1
Pylorotomie selon Fredet	3	2,6
Total	117	100

Figure 1 : Répartition des décès selon l'âge.

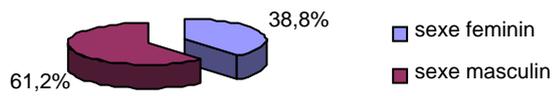
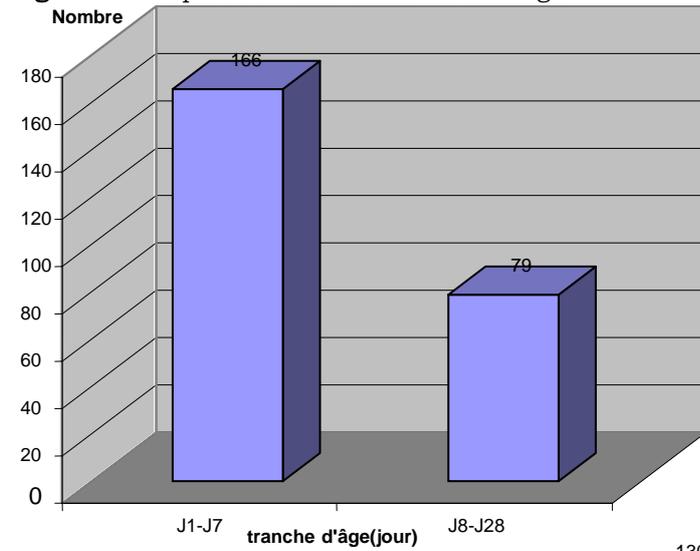


Figure 2 : Répartition des décès selon le sexe.

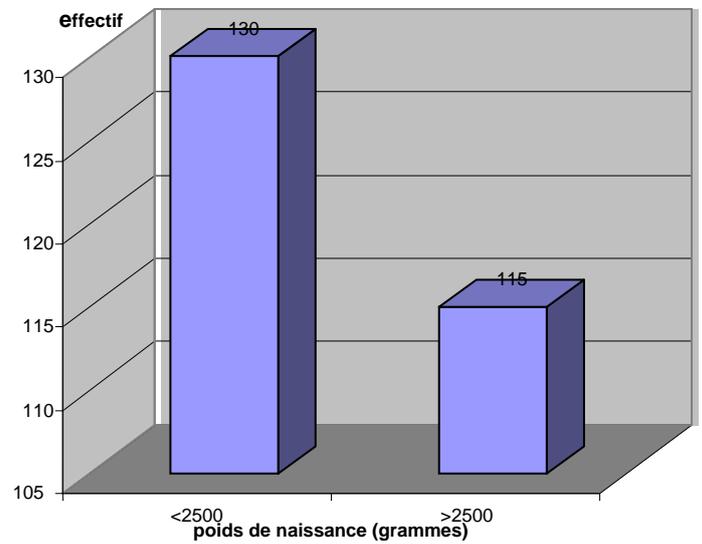


Figure 3 : Répartition des décès selon le poids de naissance